**（後期高齢者医療保険）**

委　任　状

年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

|  |
| --- |
| 委任者（被保険者） |
| 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |

下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療の次の権限を委任します。

【委任事項】（該当する番号にレ点をつけるか、その他に内容を記入）

□　被保険者証の再交付に関する手続き

□　限度額適用・標準負担額減額認定申請（再交付）に関する手続き

□　特定疾病認定申請に関する手続き

□　保険料減免・免除申請に関する手続き

□　送付先変更に関する手続き

□　その他：

|  |
| --- |
| 受任者（委任される者） |
| 住所 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 委任者との関係 | 親族（続柄　　　）・担当民生委員・ケアマネジャー病院・施設職員（名称：　　　　　　　　　　　　　　　）その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）成年後見人：登記事項証明の写しを添付 |

中津市役所　保険年金課　高齢者医療係　　　　電話（直通）0979-62-9068